

# Turystyka medyczna w Europie i w Polsce – stan obecny, bariery rozwoju, perspektywy i rekomendacje dotyczące rozwoju przyjazdowej turystyki medycznej w Polsce

Ewa Borek

Fundacja MY Pacjenci, Warszawa

*Adres do korespondencji:* Ewa Borek, Fundacja My Pacjenci, ul. Łabędzia 61, 04-806 Warszawa, tel./fax 22 615 57 10, ewa.borek@mypacjenci.org

## ■ Abstract

*Medical tourism in Europe and in Poland – present status, development barriers, perspectives and recommendations concerning the development of medical tourism in Poland*

Medical tourism occurs when patients or consumers decide to travel across borders in order to obtain various types of medical services. The most popular medical tourism services are: dental surgery, aesthetic medicine, plastic and general surgery and treatment of infertility. The development of medical tourism is a result of rising problems connected with health care financing even for rich countries and is supported by greater availability of information through the Internet and reduced travel expenses, due to the development of the network of cheap flights. Patients from richer, more developed countries travel to the poorer ones to obtain medical services at a price lower than in their own country. According to the Polish Association of Medical Tourism, over 320,000 foreign patients visited Poland in 2011 in search of health or beauty, and the value of medical tourism market is estimated at PLN 780 million. Poland is a popular destination of health and beauty travels, due to the high quality of services and their relatively low prices, which attracts tourists – patients not only from Europe, but from all over the world. According to the Grail Research report, Poland could become Europe's one of the three most promising directions for foreign patients.

In order to become an export sector of the Polish economy, medical tourism needs coordinated promotional activities of the Polish government and public and private entities that are providers of services for foreign patients as well as building an information and international accreditation system, improving the quality of service and creating the legal environment conducive to the development of medical tourism in Poland.

**Key words:** cross-border health care, medical tourism, medical travel, treatment abroad

**Słowa kluczowe:** leczenie za granicą, transgraniczna opieka zdrowotna, turystyka medyczna

## ■ Turystyka medyczna na świecie

### Wprowadzenie

Z turystyką medyczną mamy do czynienia wtedy, gdy konsumenci decydują się podróżować pomiędzy granicami państw w celu uzyskania różnych rodzajów świadczeń medycznych. Najbardziej popularne usługi turystyki medycznej to zabiegi stomatologiczne, medycyna estetyczna, operacje plastyczne, zabiegi chirurgiczne i leczenie niepłodności. Rozwój turystyki medycznej

wynika z rosnących problemów finansowania ochrony zdrowia nawet w bogatych krajach i wspiera go większa dostępność informacji przez Internet oraz zmniejszenie kosztów podróży w związku z rozwojem sieci tanich połączeń lotniczych. Pacjenci z bogatszych, bardziej rozwiniętych krajów podróżują do krajów biedniejszych w celu uzyskania świadczeń medycznych za cenę niższą niż we własnym kraju.

Turystyka medyczna staje się w Polsce coraz bardziej popularna. Według danych Polish Association of Medical Tourism [1] w poszukiwaniu zdrowia lub urody odwiedzi-

ło Polskę w 2011 roku 320 tys. zagranicznych pacjentów, a wartość rynku usług turystyki medycznej szacowana jest na 780 mln zł. Polska jest popularnym celem podróży po zdrowie lub urodę z uwagi na wysoką jakość świadczonych usług i relatywnie niskie ich ceny, co przyciąga turystów – pacjentów nie tylko z krajów europejskich, ale także z całego świata. Według raportu Grail Research (2009) Polska może się stać w Europie jednym z trzech najbardziej perspektywicznych kierunków leczenia dla zagranicznych pacjentów [2] (**Wykres 1**).

## Cel

Celem pracy jest analiza zjawiska turystyki medycznej, barier i czynników odpowiadających za rozwój turystyki medycznej w Europie oraz sformułowanie rekomendacji dla świadczeniodawców i administracji publicznej w Polsce dotyczących czynników, które w największym stopniu mogą pobudzić dynamikę i poszerzyć perspektywy rozwoju przyjazdowej turystyki medycznej do Polski.

## Metodologia

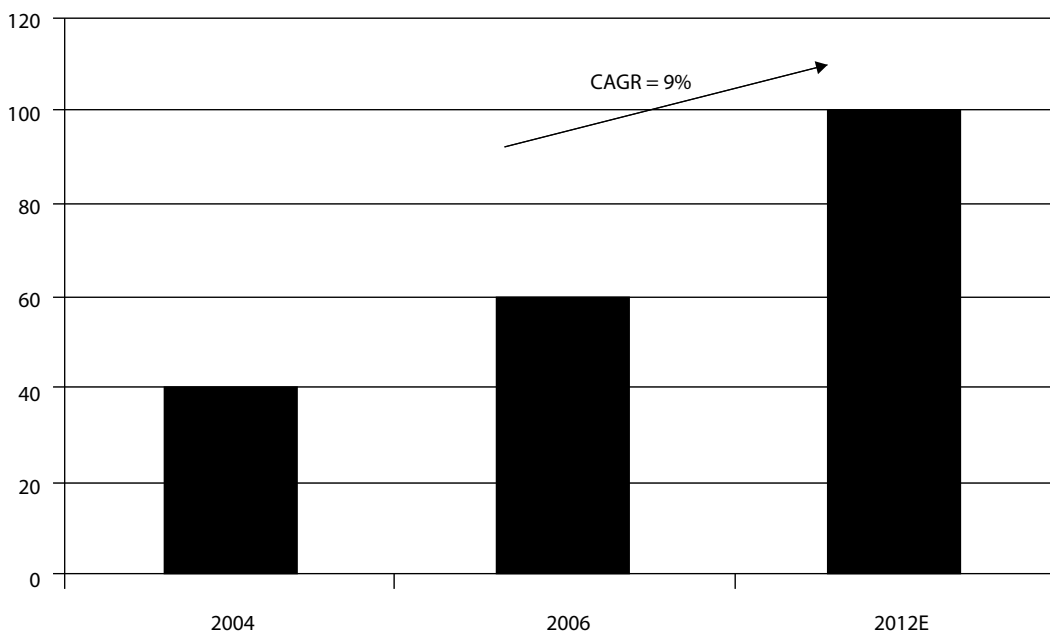
W pracy dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego turystyki medycznej o charakterze naukowym oraz konsultingowym. Wykorzystano słowa kluczowe w języku polskim i angielskim.

Dokonano analizy stanu systemu opieki zdrowotnej w Polsce z perspektywy systemowej gotowości do przyjazdowej turystyki medycznej, a także analizy wpływu

zmian prawnych związanych z wejściem w życie Dyrektywy o prawach pacjentów w transgranicznej opiece medycznej na perspektywy rozwoju turystyki medycznej w Polsce na podstawie analizy aktów prawnych.

## Historia turystyki medycznej

Ludzie podróżowali za granicę po zdrowie od czasów starożytnych. W XIX wieku wykształciła się moda na podróże do miejscowości uzdrowiskowych w Europie wśród klasy średniej i wyższej. Wiek XX charakteryzuje raczej rozwój indywidualnych podróży zamożnych obywateli państw o niskim standardzie opieki zdrowotnej do bogatszych krajów w celu ratowania zdrowia lub życia w ośrodkach o międzynarodowej reputacji. Współczesna turystyka medyczna znacznie się różni od dotychczasowych jej form przede wszystkim skalą wyjazdów. Cechą turystyki medycznej XXI wieku jest odwrócenie trendu i podróże obywateli z krajów bardziej rozwiniętych do mniej rozwiniętych po tańsze usługi zdrowotne oraz powstanie rynku międzynarodowych usług zdrowotnych dla pacjentów. Nie doszłoby do rozwoju tego zjawiska naszych czasów, gdyby nie wzrastające koszty usług medycznych przy stałych budżetach państw na ich zaspokojenie, gdyby nie rozwój Internetu jako powszechnego źródła danych oraz wiedzy i gdyby nie zmniejszenie kosztów podróży, które zawdzięczamy m.in. rozwojowi tanich linii lotniczych. Wszystkie te zjawiska typowe dla XXI wieku umożliwiły rozwój turystyki medycznej jako fenomenu naszych czasów i jako odrębnego sektora gospodarki [3].



**Wykres 1.** Wielkość i dynamika rynku światowego turystyki medycznej (dane w mln USD)<sup>1</sup>.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Rise of medical tourism*, Grail Research, 2009 [2].

### Grupy pacjentów podróżujących w celach zdrowotnych

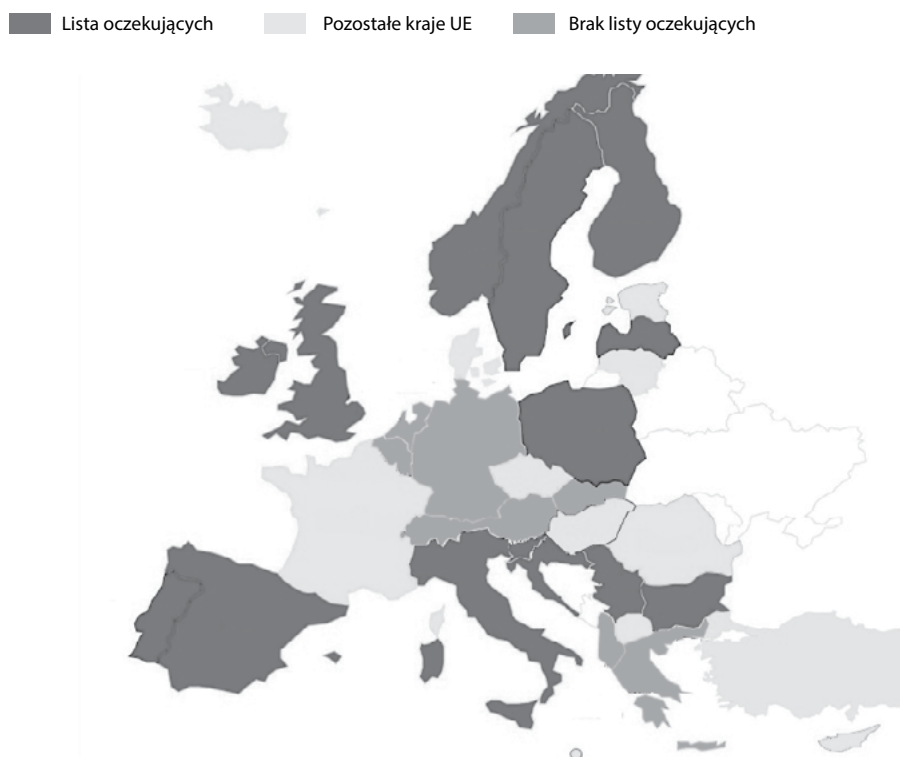
Pacjenci chętnie podróżują za granicę w poszukiwaniu zdrowia lub urody. Badanie przeprowadzone przez Beecham (2002) [4] wskazuje, że 44% Brytyjczyków wyjechałoby w celu leczenia za granicę, a 26% wyjechałoby w tym celu do dowolnego miejsca na świecie! Są dwie grupy pacjentów podróżujących za granicę w poszukiwaniu zdrowia lub urody. Pierwsza grupa to pacjenci, którzy sami płacą za usługi zdrowotne za granicą. Pacjenci tacy poszukują raczej usług o charakterze *lifestyle*, sami zdobywają informację na temat jakości usług świadczonych za granicą, posiadanych przez ośrodki czy konkretnych lekarzy uprawnień lub umiejętności. Samodzielnie podejmują decyzje, oceniając koszty, korzyści i potencjalne ryzyko, samodzielnie dokonują też wyboru świadczeniodawcy. Są więc jednocześnie decydentami, pacjentami/klientami i płatnikami. Są w pełni świadomymi konsumentami usług zdrowotnych. Zwykle też podróżują indywidualnie. Źródłem mobilności w przypadku tej grupy pacjentów jest istotna różnica w cenach zabiegów między krajem podróży a krajem pochodzenia.

Druga grupa to pacjenci wyjeżdżający w celu załatwienia konkretnego problemu zdrowotnego, dla którego czas oczekiwania i/lub koszty są niższe w kraju świadczenia usługi niż w kraju pochodzenia pacjenta. Często pacjenci z tej grupy wysyłani są przez płatnika, ubezpieczyciela lub świadczeniodawcę. Decydentem w sprawie wyboru świadczeniodawcy w przypadku tej grupy pacjentów są płatnicy, zwykle oni też refundują koszty świadczeń zagranicznych, a pacjenci występują w roli tradycyjnie rozumianych konsumentów usług zdrowot-

nych, korzystających z praw obywatelskich, jakie daje im ubezpieczenie zdrowotne w kraju pochodzenia. Pacjenci tacy mogą podróżować indywidualnie lub w zorganizowanej grupie. Źródłem mobilności tej grupy pacjentów w poszukiwaniu usług medycznych za granicą jest niezadowolenie z ochrony zdrowia albo jakości czy dostępności usług w kraju pochodzenia lub z doświadczonych przez pacjentów deficytów krajowego systemu opieki zdrowotnej. Dlatego też wobec narastającego problemu wzrostu nakładów na ochronę zdrowia wielu płatników, ubezpieczycieli czy świadczeniodawców z krajów tradycyjnie wysokich kosztów usług świadomie kontraktuje niektóre rodzaje usług zdrowotnych za granicą, gwarantując swoim klientom odpowiedniej jakości i terminowe wykonanie przysługujących im świadczeń. Skala zorganizowanej turystyki medycznej, budowanie współpracy i sieci powiązań między podmiotami zainteresowanymi wysłaniem lub przyjęciem pacjentów będzie w najbliższych latach wzrastać dynamiczniej niż indywidualna turystyka medyczna.

### Kierunki turystyki medycznej – przepływy pacjentów

Głównymi czynnikami sprzyjającymi rozwojowi turystyki medycznej według raportu McKinsey (2008) nie jest poszukiwanie oszczędności, tylko dostępności nowych technologii, lepszej jakości oraz szybszego dostępu do usług medycznych [5]. Ograniczenie dostępności do leczenia wynikające z długiego czasu oczekiwania albo wysokich dopłat własnych jest czynnikiem sprzyjającym podejmowaniu przez pacjentów decyzji o szukaniu medycznej pomocy za granicą (**Rysunek 1**). Pacjenci



**Rysunek 1.** Kraje długich i krótkich kolejek do usług zdrowotnych w UE.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Euro Health Consumer Index 2012, Health Consumer Powerhouse [6].

podróżujący w celach medycznych będą się wywodzić z krajów, w których:

- dostępność usług medycznych, wizyt specjalistycznych, zabiegów chirurgii jednego dnia, diagnostyki, usług dentystycznych jest ograniczona;
- czas oczekiwania na powyższe świadczenia w kraju pochodzenia jest długi;
- wysokość opłat lub dopłat ubezpieczonych pacjentów do powyższych interwencji medycznych w kraju pochodzenia jest wysoka;
- duża jest grupa pacjentów nieubezpieczonych.

Nie należy zakładać, że z turystyki medycznej będą korzystać pacjenci z krajów, gdzie system ochrony zdrowia jest dobrze zorganizowany, gdzie nie ma kolejek czy poziom współpłacenia pacjentów jest niewysoki. Do krajów, w których pacjenci są tradycyjnie zadowoleni z jakości i dostępności opieki zdrowotnej, należą Holandia, Dania, Luksemburg i Belgia [6]. Natomiast kraje, z których pacjenci wyjeżdżają po pomoc medyczną za granicę, to Wielka Brytania, kraje skandynawskie i Hiszpania. Zwłaszcza Wielka Brytania jest krajem, w którym system ochrony zdrowia wykreaował konieczność długiego oczekiwania na świadczenia medyczne [3].

### **Bariery i czynniki rozwoju turystyki medycznej na świecie**

Pacjenci z zasady preferują korzystanie z usług zdrowotnych świadczonych w pobliżu miejsca zamieszkania [7]. Pacjenci podróżujący za granicę po zdrowie lub urodę napotykać szereg barier i utrudnień, które musi uwzględniać każdy kraj, zamierzający uczestniczyć w międzynarodowej turystyce medycznej:

- bariera geograficzna – transport, noclegi i związane z nimi koszty;
- bariera językowa;
- bariery systemowe – poruszanie się w obcym nieznanym systemie opieki zdrowotnej;
- problem *follow up*, opieki po leczeniu i leczenia zdarzeń niepożądanych;
- problem reputacji, infrastruktury, standardów ośrodków i lekarzy w krajach o niższym poziomie zamożności;
- problem udziału ośrodków medycznych w międzynarodowym systemie certyfikacji i standaryzacji oraz dostęp do informacji na ten temat;
- bariery prawne związane z ubezpieczeniem, naprawą szkody i odszkodowaniem czy rekompensatą w przypadku błędów medycznych.

Wszystkie te czynniki mogą stanowić bariery dla rozwoju turystyki medycznej jako dziedziny gospodarki i każdy kraj, planujący rozwój turystyki medycznej jako produktu eksportowego, powinien brać te bariery pod uwagę i podejmować działania mające na celu ich zmniejszenie lub eliminację (**Schemat 1**). Z kolei istnieje wiele czynników sprzyjających rozwojowi turystyki medycznej jako dziedziny gospodarki. Czynniki te to (**Schemat 2**):

- różnica kosztów procedur medycznych między krajowymi systemami opieki zdrowotnej;
- duża skala obywateli nieobjętych żadnym ubezpieczeniem zdrowotnym;

- długi czas oczekiwania na realizację objętych ubezpieczeniem świadczeń;
- wysoka skala dopłat pacjentów ubezpieczonych do przysługujących im świadczeń medycznych;
- starzejąca się populacja krajów europejskich, rosnące wyzwania dla budżetów ochrony zdrowia wobec wzrostu skali potrzeb zdrowotnych i rosnących kosztów usług medycznych.

### **Popyt i podaż usług turystyki medycznej**

W ochronie zdrowia tradycyjny model podejmowania decyzji dotyczących leczenia przez lekarza eksperta wynika z dużej bariery wiedzy i kompetencji między lekarzem a pacjentem czy pacjentem a płatnikiem. Fenomen turystyki medycznej polega na tym, że w przypadku turystyki nierefundowanej decydem jest lekarz czy płatnik, tylko sam pacjent. Pacjent jest w tej dziedzinie w pełni świadomym, podejmującym samodzielne decyzje konsumentem.

Glinos (2006) [8] identyfikuje pięć czynników zwiększających popyt na zagraniczne usługi zdrowotne: wiedza, dostępność, koszt, jakość i regulacje prawne. The Flash Barometer Survey przeprowadzony w 2007 roku wymienia brak dostępności do leczenia w kraju pochodzenia, lepszą jakość leczenia za granicą, wykonanie świadczeń przez specjalistów, leczenie bez oczekiwania w kolejce i dostępność cenową jako główne czynniki motywujące obywateli UE do wyjazdów zagranicznych po zdrowie lub urodę [7].

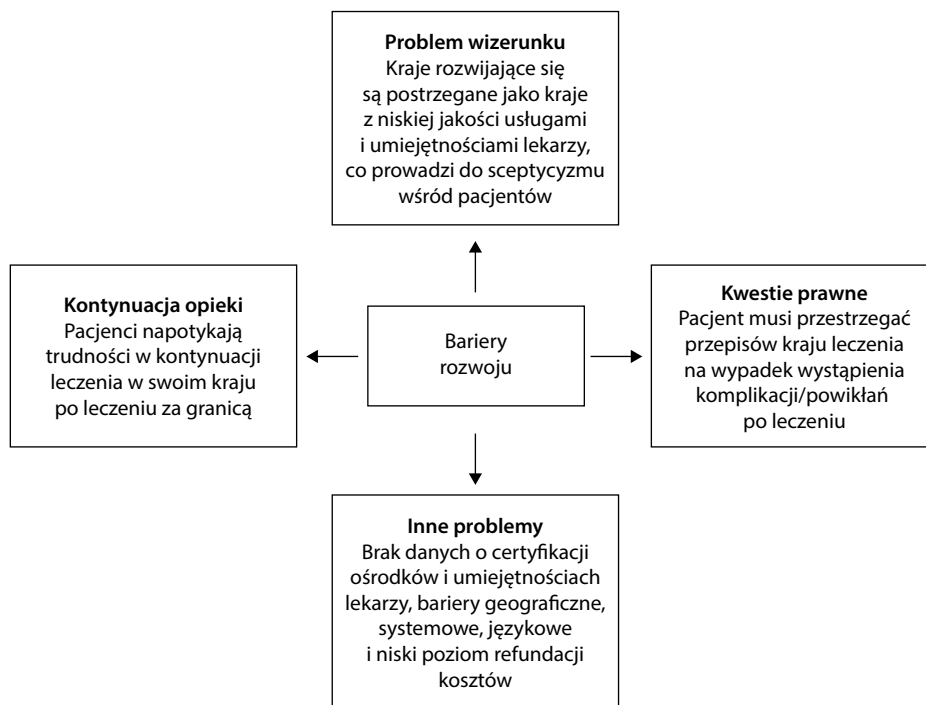
### **Zakres świadczeń powszechnie oferowanych w ramach turystyki medycznej**

Najczęstszymi usługami realizowanymi w ramach turystyki medycznej są:

- chirurgia plastyczna (piersi, twarz, liposukcja);
- stomatologia (zachowawcza, estetyczna i protetyka);
- kardiologia/kardiochirurgia (by-passy, operacje zastawek);
- ortopedia (wymiana biodra, kolana, operacje stawów);
- chirurgia bariatryczna;
- leczenie niepłodności (zabiegi *in vitro*);
- przeszczepy narządów, komórek, tkanek;
- zabiegi okulistyczne (leczenie zaćmy, wad wzroku);
- diagnostyka medyczna i rehabilitacja.

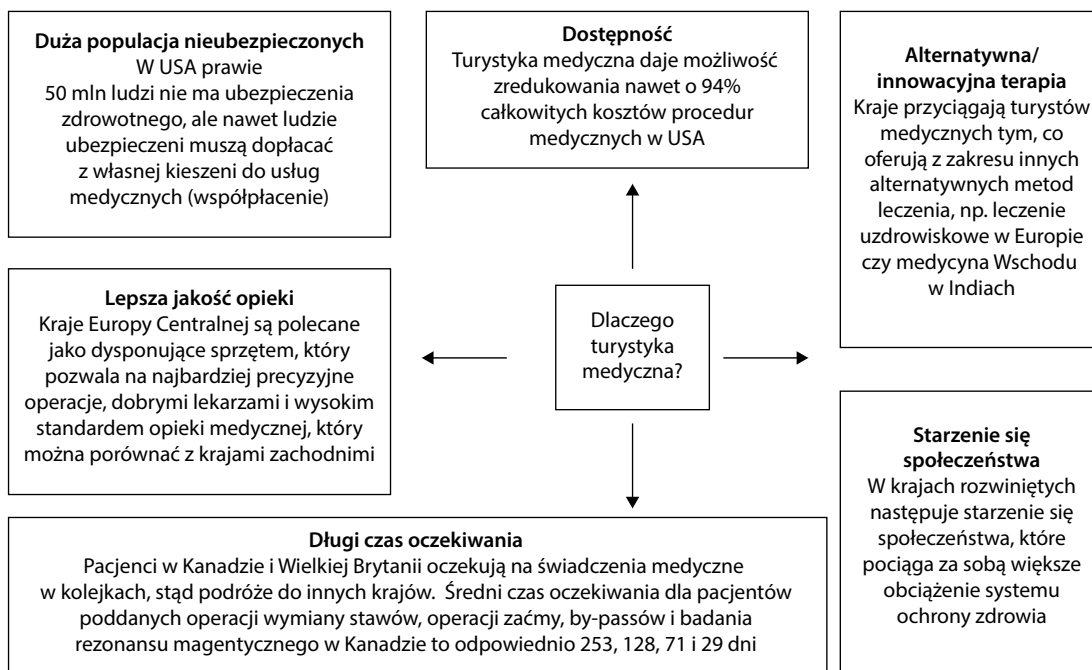
### **Korzyści i ryzyko wynikające z rozwoju turystyki medycznej – kraj pochodzenia i kraj świadczenia usługi**

Kraje wysyłające swoich obywateli na leczenie za granicą mogą odnieść z turystyki medycznej wiele korzyści, chociażby polegających na skróceniu kolejek do deficytowych zabiegów czy zmniejszeniu obciążenia budżetu. Po stronie ryzyka natomiast z ich perspektywy pojawia się świadczenie o niższej jakości, z którym domowy system ochrony zdrowia będzie się musiał zmierzyć po powrocie pacjenta z zagranicznego leczenia, oraz prawna odpowiedzialność za błędy medyczne (**Wykresy 2 i 3**).



**Schemat 1.** Bariery rozwoju turystyki medycznej jako dziedziny gospodarki.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Rise of medical tourism*, Grail Research, 2009 [2].

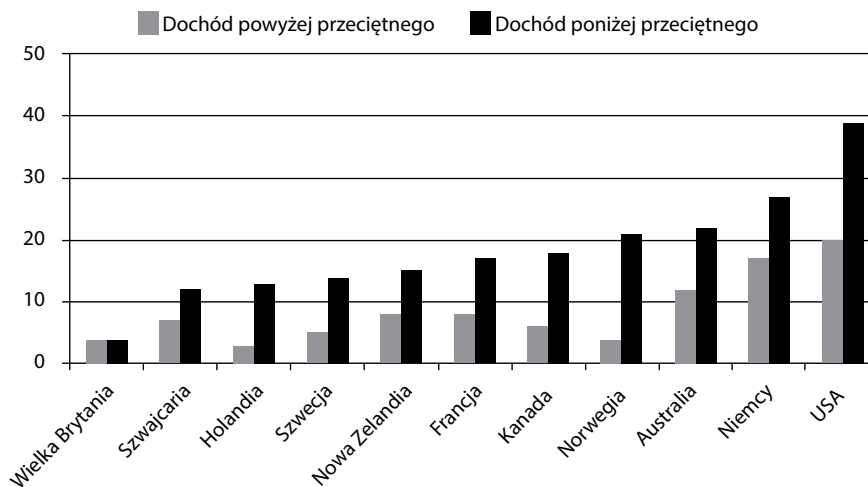


**Schemat 2.** Czynniki sprzyjające rozwojowi turystyki medycznej.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Rise of medical tourism*, Grail Research, 2009 [2].

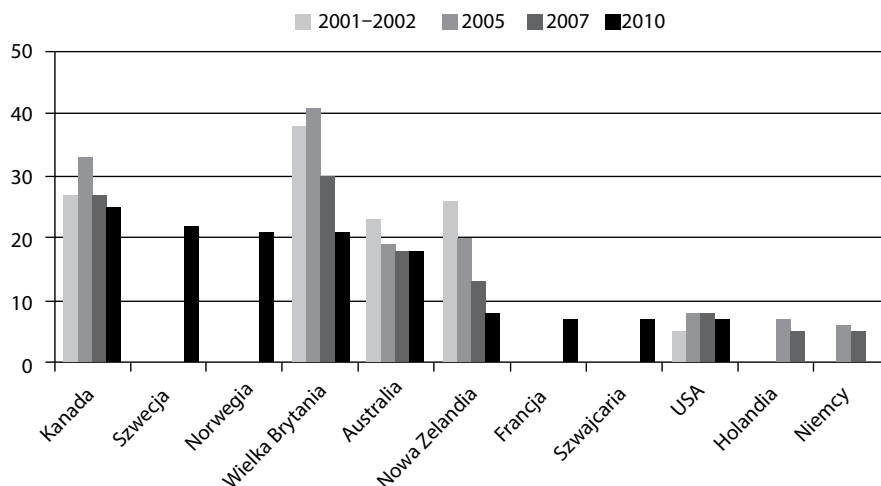
Kraje przyjmujące na leczenie obywateli z zagranicy odnoszą głównie korzyści finansowe, które mogą spożytkować, dofinansowując krajowy system ochrony zdrowia, albo w postaci inwestycji w infrastrukturę, która służy zarówno krajowym, jak i zagranicznym pacjentom.

Jedno z badań oceniających wymianę w zakresie turystyki medycznej między Wielką Brytanią a Indiami wykazało, że budżet narodowego systemu zdrowia Wielkiej Brytanii mógłby odnieść istotne korzyści z wysłania grup pacjentów na leczenie do Indii, zarówno finansowe,



**Wykres 2.** Niezaspokojone potrzeby zdrowotne<sup>2</sup> z powodu kosztów w 11 krajach OECD.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en) [9].



**Wykres 3.** Czas oczekiwania na wybrane zabiegi chirurgiczne trwający dłużej niż 4 miesiące – % pacjentów oczekujących na zabiegi w wybranych krajach OECD.

Źródło: OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en) [9].

jak i poprzez skrócenie kolejek do deficytowych procedur. Oszczędności dla brytyjskiego systemu zdrowia wyniosłyby wtedy w ciągu roku około 120 mln GBP, w przypadku gdyby pacjentowi towarzyszyła inna osoba, i około 200 mln GBP, w przypadku gdyby pacjent podróżował sam [7]. Taka forma zorganizowanej zbiorowej turystyki medycznej przyczyniłaby się do zmniejszenia kolejek w mechanizmie outsourcingu usług medycznych za granicę. Rozwój tak rozumianej turystyki medycznej wywarłby istotną presję na organizację systemu ochrony zdrowia zarówno w kraju pochodzenia, jak i w kraju

leczenia. Konkurencja zagranicznych świadczeń wywołałaby spadek cen i kosztów świadczeń zdrowotnych w kraju pochodzenia. W kraju leczenia turystyka zwiększyłaby strumień pieniędzy zasilających lokalną ochronę zdrowia, wymusiłaby poprawę standardów opieki nad obywatelami i w rezultacie miałyby także korzystny wpływ systemowy. Nowe zjawisko, jakim jest turystyka medyczna, może zachęcić rządy państw do poszukiwania przewagi konkurencyjnej w tej sferze i kreowania korzystnych warunków w zakresie kosztów, technologii i wydajności systemu ochrony zdrowia.



## Turystyka medyczna w Europie

### Dyrektywa o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej

Intencją rozpoczęcia prac przez Parlament Europejski nad regulacją zasad korzystania z usług medycznych świadczonych obywatelom państw członkowskich przez świadczeniodawców z innych państw członkowskich była niepewność co do zasad udzielania i rozliczania kosztów opieki medycznej za granicą w ramach państw UE. Europejski Trybunał Sprawiedliwości od wielu lat i bardzo konsekwentnie rozstrzygał sprawy sporne na korzyść pacjentów i przyznawał pacjentom prawo do opieki medycznej w innym państwie i do zwrotu kosztów takiego leczenia przez państwo ubezpieczenia zdrowotnego. W tych samych sprawach interpretacje przepisów przez rządy państw członkowskich były bardzo zróżnicowane i nie zawsze korzystne dla pacjentów, którzy postanowili szukać pomocy medycznej w innym kraju UE. Wynikała z tego potrzeba ujednoczenia interpretacji zasad mobilności pacjentów w ramach UE z przyczyn zdrowotnych. Parlament Europejski przyjął po trwających dość krótko pracach w styczniu 2011 roku Dyrektywę o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, zwaną także Dyrektywą Pacjenci bez granic, która weszła w życie w krajach członkowskich 25 października 2013 roku [10].

Dyrektywa ta zapewnia osobom ubezpieczonym w państwach członkowskich UE możliwości swobodnego korzystania z opieki medycznej za granicą poprzez:

- jasne określenie praw do zwrotu kosztów świadczeń uzyskanych w innych państwach członkowskich oraz
- zagwarantowanie bezpiecznej i efektywnej transgranicznej [11] opieki zdrowotnej o wysokiej jakości.

Zgodnie z dyrektywą państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia **zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej**, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia. Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia **do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia**, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej. Wszelkie świadczenia niewymagające pobytu pacjenta dłuższego niż jedna noc, tj. diagnostyka, terapia, chirurgia w trybie jednodniowym, objęte są w ramach dyrektywy refundacją.

Dyrektywa reguluje także zasady tworzenia i obiegu dokumentacji medycznej między krajami. Państwo pochodzenia zapewnia świadczeniodawcy z kraju, w którym będzie świadczona opieka zdrowotna (i *vice versa*), dostęp do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta, zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych [10]. Ścisła współpraca państw członkowskich w dziedzinie e-zdrowia zagwarantuje, że dane te będą z czasem w pełni czytelne

i zrozumiałe. Innymi słowy, systemy informatyczne w ochronie zdrowia będą w stanie się z sobą „porozumieć”. Taka sytuacja może być niezwykle korzystna nie tylko ze względu na bezpieczeństwo pacjentów, ale także trwałość systemów opieki zdrowotnej.

Dyrektywa reguluje zasady ubezpieczenia, odszkodowania i naprawy szkód w przypadku błędów medycznych. Nowe przepisy określają odpowiedzialność zarówno państwa, w którym świadczona jest opieka zdrowotna, jak i państwa ubezpieczenia w przypadkach skarg i odszkodowań. Krajowe punkty kontaktowe mają udzielać pacjentom niezbędnych informacji w tym zakresie.

Dyrektywa narzuca wiele zobowiązań na państwa członkowskie:

- w każdym państwie członkowskim zostanie stworzony przynajmniej jeden krajowy punkt kontaktowy, który będzie dostarczał pacjentom wszystkich istotnych informacji;
- państwa członkowskie dopilnują, aby ich ośrodki referencyjne uczestniczyły w europejskiej sieci referencyjnej;
- państwa członkowskie muszą też wdrożyć odpowiednie procedury administracyjne w zakresie korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej oraz zwrotu kosztów, w tym procedury rozpatrywania skarg oraz mechanizmy wyliczania kosztów.

Z perspektywy pacjenta dyrektywa sprawia, że turystyka medyczna w obrębie krajów UE staje się bardziej przewidywalna i bezpieczniejsza. Co do zasady, pacjenci mają prawo korzystać za granicą z usług medycznych, do których są uprawnieni we własnym kraju. Pacjent jest zobowiązany do uiszczenia opłaty za świadczenie wykonane za granicą. Zwrotu kosztów dokonuje później właściwa instytucja w kraju pochodzenia świadczeniobiorcy. W wypadku świadczeń pozaszpitalnych pacjent nie musi udowadniać konieczności leczenia za granicą (np. z powodu zbyt długich kolejek osób oczekujących na zabieg w kraju) ani uzyskiwać na nie odrębnej zgody. Pacjent musi jednak wziąć pod uwagę konieczność zapłaty za zabieg, a potem czekania na zwrot – być może nie wszystkich – kosztów.

W wypadku hospitalizacji państwa członkowskie **mogą** wprowadzić system uprzednich zgód na leczenie zagraniczne, tłumacząc to np. masową liczbą podobnych przypadków albo obawą przed zbyt wysokim obciążeniem dla krajowego budżetu. Zapis ten pozwala krajom członkowskim ograniczyć swobodę wyboru pacjenta w zakresie świadczeń szpitalnych. Wybierając się na leczenie za granicę, pacjent nie będzie nabywał żadnych dodatkowych praw. Nie może więc liczyć na zwrot kosztów zabiegów (np. operacji plastycznej albo aborcji), które nie przysługiwałyby mu w jego kraju, nawet jeśli za granicą są wykonywane w ramach ubezpieczenia. Nowa dyrektywa wprowadza odpowiedzialność państwa przyjmującego za zapewnienie wszystkim pacjentom równego dostępu do usług medycznych. To oznacza, że zagraniczny pacjent może być poddany także takim samym rygorom (np. konieczność konsultacji z lekarzem ogólnym przed wizytą u specjalisty, uzyskania skierowania na badania lub do specjalisty itd.).

Dyrektywa Pacjenci bez granic jest w skali świata unikatową inicjatywą, poszerzającą rynki usług zdrowotnych krajów członkowskich, prowadzącą do zwiększenia wymiany usług zdrowotnych między państwami UE i mającą z pewnością korzystny wpływ zarówno na rozwój standardów opieki medycznej w biedniejszych krajach Unii, jak i na zmniejszenie kosztów usług zdrowotnych w krajach bogatszych. Bez wątpienia wpłynie ona także na rynki wewnętrzne, zwłaszcza w systemach opieki zdrowotnej charakteryzujących się ograniczeniami dostępności do świadczeń. Beneficjentem tej dyrektywy są wszyscy obywatele UE, a turystyka medyczna i jej rozwój nabierają szczególnej perspektywy w warunkach prawnych stworzonych w UE przez dyrektywę. Będziemy z pewnością świadkami dynamicznego jej rozwoju w Europie w najbliższych latach.

### **Badanie opinii europejskich pacjentów**

Treatment Abroad – największy internetowy portal turystyki medycznej w Europie opublikował na swoich stronach w 2012 roku wyniki badań opinii przeprowadzonych na grupie ponad 1000 pacjentów, którzy przeszli leczenie za granicą [12]. Dla wszystkich pacjentów w badaniu ze wszystkich krajów europejskich Węgry były czołowym miejscem docelowym (12% respondentów), następnie Belgia (11%). Polska, Turcja, Hiszpania, Czechy i Indie były miejscem leczenia dla około 7% pacjentów. W przypadku pacjentów z Wielkiej Brytanii podróżujących za granicę Belgia (16%) była najpopularniejszym miejscem leczenia, a następnie Węgry (15%), Polska (10%), Czechy (9%), Turcja (9%) i Hiszpania (7%). Dziewięciu na dziesięciu respondentów zdecydowanie lub raczej chętnie wyjedzie za granicę na leczenie ponownie i tyle samo poleciłoby wyjazd za granicę na leczenie znajomemu lub krewnemu.

### **Turystyka medyczna w Polsce**

Turystyka medyczna jest dziedziną bardzo dynamicznie rozwijającą się w Polsce w ostatnich latach. Rozwój ten wynika głównie z postrzegania Polski jako kraju tanich i dobrej jakości usług zdrowotnych. Rozwojowi temu służy przystąpienie Polski do Unii Europejskiej, dostępność tanich połączeń lotniczych z głównymi miastami w Polsce, dostępność informacji na temat usług medycznych w Internecie, szeroka i atrakcyjna baza uzdrowiskowa i spa w Polsce, ale przede wszystkim atrakcyjność turystyczna Polski. Usługi medyczne są często wykonywane podczas wyjazdów o charakterze turystycznym i cele medyczne wyjazdów bardzo wyraźnie przeplatają się z celami turystycznymi. Rozszerzenie Unii Europejskiej o nowe kraje członkowskie w 2004 roku zwiększyło znajomość tych krajów wśród obywateli starej Unii i jednocześnie rozszerzyło rynek turystyki i turystyki medycznej. Mogłoby się wydawać, że głównym czynnikiem brany pod uwagę przy podejmowaniu przez pacjentów decyzji o podróży dla zdrowia lub po urodę za granicę będzie bliskość geograficzna kraju leczenia. Dystans podróży jest ściśle związany z jej kosz-

tem [11]. Jak się jednak okazuje, nie koszt jest głównym decydującym czynnikiem wyboru miejsca leczenia. Dostępność i jakość świadczenia są głównymi branymi pod uwagę kryteriami przez potencjalnych zagranicznych pacjentów [7].

Ponad 300 tys. pacjentów przyjechało z zagranicy do Polski w różnych celach medycznych w 2011 roku, a zakładane tempo wzrostu liczby pacjentów wynosiło 15% rocznie [1]. Oszczędności wynikające z różnicy kosztów procedur medycznych między Polską a krajami zachodnimi są atrakcyjne i wynoszą dla większości zabiegów chirurgicznych 50–60%, a w przypadku medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej sięgają nawet 70% [1]. Ceny usług medycznych w Polsce są jednymi z najniższych w krajach europejskich, są podobne do cen na Węgrzech, porównywalne z cenami tych samych procedur wykonywanych w Malezji czy Meksyku, pozostają natomiast w dużej dysproporcji do cen krajów starej Unii, a zwłaszcza do cen amerykańskich. Ta istotna różnica w cenach procedur uzasadnia podjęcie decyzji o pokryciu kosztów podróży do Polski nawet z najbardziej odległych krajów (**Wykres 4, Tabela I**).

### **Opieka medyczna w Polsce**

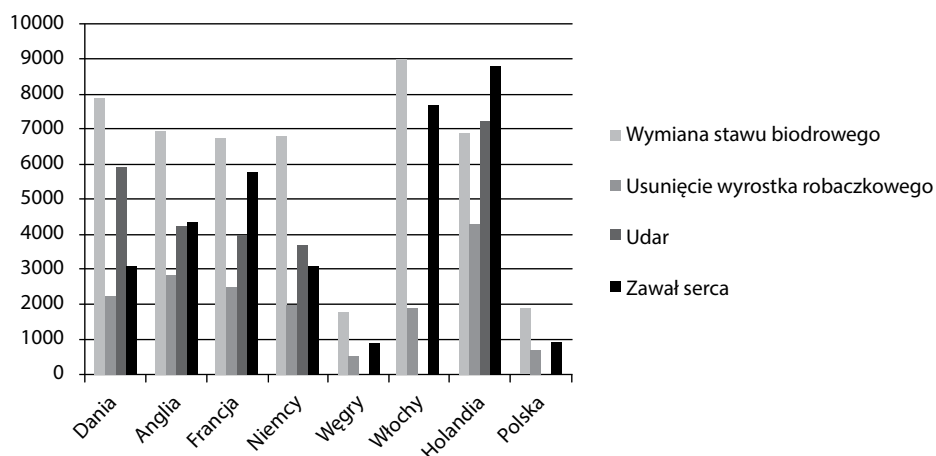
W międzynarodowych raportach i rankingach dotyczących jakości i dostępności leczenia polska ochrona zdrowia zajmuje jedno z ostatnich miejsc w gronie krajów EU czy OECD [6, 9, 13, 14]. Wydatki na ochronę zdrowia *per capita* uwzględniające siłę nabywczą waluty opublikowane w styczniu 2012 roku wynoszą dla Polski 1394 USD/rok i należą do najniższych w krajach UE [6, 13]. Opublikowany niedawno raport na temat jakości krajowych systemów ochrony zdrowia w EU Euro Health Consumer Index 2013 [6] umieszcza polską ochronę zdrowia na 31., jednym z ostatnich miejsc wśród 34 krajów OECD, obok takich krajów jak Serbia czy Rumunia. Ten sam raport wskazuje jednak na następujące dziedziny, w których polska ochrona zdrowia osiągnęła dobry, najwyższy punktowany wynik i które stanowią atut wspierający rozwój turystyki medycznej:

- opieka zdrowotna oparta na poszanowaniu praw pacjenta;
- istniejący rejestr praktyk lekarskich, w którym pacjent może sprawdzić uprawnienia i kompetencje lekarza (<http://rejestr.nil.org.pl/xml/nil/rejlek/hurtd>);
- łatwy dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej;
- niska umieralność z powodu zawału serca (poniżej 4% w okresie 30 dni) świadcząca o dobrze rozwiniętej kardiologii inwazyjnej;
- niski wskaźnik cesarskich cięć, świadcząca o dobrej opiece prenatalnej;
- wysoki wskaźnik szczepień dzieci u powyżej 97% dzieci w wieku do 4 lat.

W ocenie Euro Heart Consumer Index 2008 [15] dobrą ocenę w Polsce zyskały następujące parametry opieki kardiologicznej:

- dostęp do lekarza w ciągu jednego dnia z powodu bólu w klatce piersiowej;





**Wykres 4.** Różnice w poziomie refundacji 4 typów świadczeń w 8 krajach UE (ceny w EUR).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Cross-border health care in the European Union, Mapping and analyzing practices and Policies, World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies [3].

Procedura	USA	Indie	Tajlandia	Singapur	Malezja	Meksyk	Kuba	Polska	Węgry	Wielka Brytania
Pomosty wieńcowe	113 000	10 000	13 000	20 000	9 000	3 250		7 140		13 921
Wymiana zastawki serca	150 000	9 500	11 000	13 000	9 000	18 000		9 520		
Angioplastyka wieńcowa	47 000	11 000	10 000	13 000	11 000	15 000		7 300		8 000
Wymiana stawu biodrowego	47 000	9 000	12 000	11 000	10 000	17 300		6 120	7 500	12 000
Wymiana stawu kolanowego	48 000	8 500	10 000	13 000	8 000	14 650		6 375		10 162
By-pass żołądka	35 000	11 000	15 000	20 000	13 000	8 000		11 069		
Hip resurfacing	47 000	8 250	10 000	12 000	12 500	12 500		7 905		
Spinal fusion	43 000	5 500	7 000	9 000		15 000				
Mastektomia	17 000	7 500	9 000	12 400		7 500				
Plastyka przegrody nosowej	4 500	2 000	2 500	4 375	2 083	3 200	1 535	1 700	2 858	3 500
Plastyka brzucha	6 400	2 900	3 500	6 250	3 903	3 000	1 831	3 500	3 136	4 810
Zmniejszanie piersi	5 200	2 500	3 750	8 000	3 343	3 000	1 668	3 146	3 490	5 075
Implanty piersi	6 000	2 200	2 600	8 000	3 308	2 500	1 248	5 243	3 871	4 350
Korona	385	180	243	400	250	300		246	322	330
Wybielanie zębów	289	100	100		400	350		174	350	500
Implanty dentystryczne	1 188	1 100	1 429	1 500	2 636	950		953	650	1 600

**Tabela I.** Porównanie cen wybranych procedur zabiegowych w różnych krajach świata<sup>3</sup> (ceny w USD).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD 2011, Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review [7].

- umieralność z powodu zawału serca w okresie 30 dni poniżej 8%, co stawia Polskę w czołówce państw europejskich.

Według dyrektora programu badawczego Euro Heart Consumer Index, dr Arne Björnberg: „Polska przywiązuje wielką wagę do opieki kardiologicznej i ma dobre wyniki w leczeniu zawałów serca. Z uwagi na kłopoty ze zgromadzeniem potrzebnych danych polski system opieki kardiologicznej może być w znacznie lepszej kondycji, niż wynika to z samego Indeksu” [15]. W tym zakresie Polska jest wyjątkiem w grupie krajów Europy Środkowej i Wschodniej i dołączyła do czołówki państw, takich jak Niemcy czy Szwecja.

Do bezsprzecznych osiągnięć polskiej medycyny poza kardiologią inwazyjną należy leczenie wad i zaburzeń słuchu – w Światowym Centrum Słuchu, Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach. Światowe Centrum Słuchu stworzone przez prof. Henryka Skarżyńskiego jest wiodącym europejskim ośrodkiem w zakresie badań słuchu, miejscem licznych projektów naukowo-badawczych i edukacyjnych, a także ośrodkiem diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym otwartym dla polskich i zagranicznych pacjentów. Ośrodek w Kajetanach jest laureatem wielu krajowych i międzynarodowych nagród, m.in. Nagrody Gospodarczej Prezydenta RP w 2012 roku.

Za największe osiągnięcia polskiej medycyny w 2011 roku uznano według portalu Rynek Zdrowia [16]:

- wszczęcie aortalnej zastawki serca nowej generacji, której trwałość wynosi nawet 40 lat;
- testy wskazujące na większą podatność na zachorowanie na raka jelita grubego i prostaty w postaci chipa DNA dające możliwość oceny prawie 180 mutacji genetycznych;
- rekonstrukcję krtani u chorego na raka z własnych tkanek pacjenta pobranych i przygotowanych w czasie trwania operacji, co umożliwiło pacjentowi mówienie i oddychanie bez rurki tracheotomijnej;
- wykorzystanie głębokiej stymulacji mózgu do leczenia nerwicy natręctw i lekoopornej padaczki.

Oto lista największych osiągnięć polskiej medycyny w 2012 roku według portalu dziennik.pl [17]:

- najnowocześniejszą w Polsce hybrydową salę operacyjną otwarto w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. Wykonywane są w niej małoinwazyjne zabiegi przeprowadzane wewnątrz naczyń krwionośnych;
- pierwszą w Polsce operację pobrania nerki małoinwazyjną techniką laparoskopową od żywego dawcy z wykorzystaniem obrazowania 3D przeprowadzili chirurdzy Kliniki Gastroenterologii i Transplantologii CSK MSW w Warszawie;
- przeprowadzono pierwszą w Polsce i czwartą na świecie operację wszczęcia nowej generacji implantu słuchowego (CODACS). Odbyla się w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach pod Warszawą. Nowy implant łączy cechy implantu ucha środkowego i ślimakowego, zapewniając bezpośrednią stymulację ślimaka;
- lekarze Centrum Onkologii w Warszawie zastosowali nową metodę leczenia raka jajnika, która może

znacznie wydłużyć życie pacjentek. Po usunięciu powstałych na skutek przerzutów do otrzewnej widocznych ognisk nowotworu na otrzewną i narządy jamy brzusznej podawany jest płyn z cytostatykami podgrzany do temperatury 42°C. Wyższa temperatura zwiększa podatność komórek nowotworowych na cytostatyki. Jednocześnie uzyskuje się od 75 do nawet 1000 razy większe stężenie leku przeciwnowotworowego niż wtedy, gdy jest on podawany dożylnie;

- polscy naukowcy z Katowic i Wrocławia przeprowadzili pierwsze pionierskie zabiegi z wykorzystaniem mezenchymalnych komórek macierzystych z pepowiny. Wykorzystano je u chorych po przeszczepieniu szpiku, u których doszło do zagrażającej życiu reakcji przeszczepu przeciwko gospodarzowi. Terapia ta ma zastosowanie w 10–15% najcięższych przypadków, kiedy leki nie przynoszą spodziewanego rezultatu.

**Turystyka medyczna w Polsce dotyczy z reguły prywatnych świadczeniodawców, stąd oceny ogólne jakości systemu ochrony zdrowia publikowane cyklicznie przez WHO czy OECD i dotyczące dominującego w Polsce sektora publicznego mogą nie odzwierciedlać lepszej jakości i standardów opieki w enklawach prywatnej służby zdrowia, z której korzystają zagraniczni pacjenci. Niemniej jednak należy brać pod uwagę fakt, że ogólnodostępne dla zagranicznych klientów rankingi jakości i dostępności ochrony zdrowia są dla Polski niekorzystne, a zbiorczych analiz czy danych dotyczących jakości, skuteczności czy dostępności opieki medycznej świadczonej w ośrodkach prywatnych jak dotąd nie ma.**

### **Infrastruktura szpitalna i zasoby ludzkie**

Według OECD Health Data 2012 [18] liczba lekarzy w Polsce na 1 tys. mieszkańców wynosi 2,2 przy średniej krajów OECD 3,1. Liczba łóżek szpitalnych na 1 tys. mieszkańców wynosi 6,6 przy średniej OECD 4,9. Infrastruktura szpitalna jest więc nadmiarowa w stosunku do wewnętrznych potrzeb systemu ochrony zdrowia, liczba lekarzy wydaje się natomiast niedostateczna do zaspokojenia wewnętrznego popytu. Oba te czynniki mają istotny wpływ na perspektywy rozwoju turystyki medycznej w Polsce. O ile baza szpitalna nie jest czynnikiem ograniczającym ten rozwój, o tyle niedobór lekarzy może być istotną przeszkodą ograniczającą rozwój branży turystyki medycznej w Polsce (**Tabela II**).

### **Obszary niepewności**

O polskiej turystyce medycznej niewiele wiadomo. Nie istnieją dane badań rynku, które odpowiadałyby na pytania, jacy pacjenci przyjeżdżają do Polski po leczenie, z jakich krajów przyjeżdżają, jakie świadczenia medyczne są w ramach turystyki medycznej realizowane, przez jakich świadczeniodawców, jakie są powody podjęcia decyzji o leczeniu w Polsce, kto finansuje to leczenie, jakie są opinie pacjentów po leczeniu w Polsce, jaka jest skuteczność leczenia w Polsce itp. Potrzebne są zaplanowane, zakrojone na szeroką skalę, kompleksowe badania

	Publiczne/ niepubliczne	2000	2004	2009
Liczba szpitali	Publiczne	714	643	526
	Niepubliczne	38	147	228
	Razem	752	790	754
Liczba łóżek	Publiczne	189 707	175 631	165 012
	Niepubliczne	1 583	7 649	18 028
	Razem	191 290	183 280	183 040
Łóżka na 10 tys. mieszkańców	Razem	49,5	48	48
Wskaźnik wykorzystania łóżek (w %)	Razem	76,1	71,8	69,7
Przeciętny pobyt (w dniach)	Razem	8,5	6,9	5,8
Liczba osób hospitalizowanych na rok	Publiczne	6 207 379	6 705 060	7 249 283
	Niepubliczne	70 686	295 923	781 669
	Razem	6 278 065	7 000 983	8 030 952

**Tabela II.** Lecznictwo szpitalne w Polsce – baza łóżek szpitalnych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Boulhol H. et al. (2012), "Improving the Health-Care System in Poland", OECD Economics Department Working Papers, No. 957, OECD Publishing [13].

rynku zarówno ilościowe, jak i jakościowe, które odpowiadają na te oraz inne pytania i pozwolą przygotować kompletną strategię rozwoju turystyki medycznej w Polsce jako gałęzi eksportowej polskiej gospodarki.

Obecnie nie są także dostępne polskie dane porównawcze dotyczące jakości, skuteczności i bezpieczeństwa leczenia zagranicznych pacjentów w różnych ośrodkach w Polsce, nie ma rejestrów zakażeń czy działań niepożądanych, które wystąpiły u pacjentów przyjeżdżających z innych krajów. Istnieją jedynie dane krajowe dotyczące zakażeń, które nie muszą jednak być miarodajne dla ośrodków prywatnych, z których zwykle korzystają zagraniczni pacjenci. Niemniej jednak w polityce informacyjnej na poziomie krajowym powinny zawierać się informacje dotyczące istnienia tych rejestrów i powinien być promowany dostęp do nich. Podobnie powinna być aktywnie promowana wiedza o rejestrach lekarzy i ich uprawnieniach. Wiedza na temat kompetencji lekarza jest istotnym czynnikiem zachęcającym pacjentów zagranicznych do skorzystania z jego usług [7].

Nie są również prowadzone w Polsce w sposób systematyczny badania satysfakcji zagranicznych pacjentów. Dostępne w Internecie pojedyncze tzw. *patients testimonials* nie oddają dobrze odczuć pacjenta ze zwykle złożonego problemu pobytu leczniczego i turystycznego. Jest to cenne źródło informacji zwrotnej dla zarządzających szpitalami i organizacją turystyki medycznej, co należy w jej procesie usprawniać na bieżąco.

Braki danych dotyczących turystyki medycznej nie są izolowanym problemem dotyczącym tylko Polski. Nie ma także dostępnej kompletnej informacji ani rankingów co do skuteczności klinicznej i wyników leczenia dla innych krajów. Ograniczone dane są dostępne na temat krótko- i długoterminowej obserwacji po leczeniu za granicą. Badanie brytyjskie oceniające okres 11 lat obserwacji po leczeniu niepłodności wykazało, że 26% zabiegów, które zaowocowały ciężami mnogimi, zostało przeprowadzonych za granicą [7]. Podobnie nie ma

danych dotyczących ponownych przyjęć z tego samego powodu, zachorowalności, umieralności w wyniku opłaconego z kieszeni pacjenta leczenia za granicą. Fakt, że pomoc medyczna udzielana jest przez ośrodki w większości prywatne i za granicą, sprawia, że dane dotyczące opieki kooperacyjnej, powikłań, błędów lekarskich i bezpieczeństwa są trudno dostępne we wszystkich krajach, w tym także w Polsce [7].

### **Perspektywy rozwoju branży turystyki medycznej w Polsce**

Według danych dla krajów OECD w 2009 roku [7] wartość światowych przepływów finansowych w zakresie turystyki medycznej szacowano na 6 mld USD. Z uwagi na braki danych i ich prawdopodobne niedoszacowanie wartość ta jest zaniżona i nie odzwierciedla skali tego nowego obszaru światowej gospodarki. Niemniej jednak, w porównaniu z całkowitymi wydatkami krajów OECD na zdrowie, wydatki na turystykę medyczną stanowią cały czas mniej niż 1%, czyli margines całkowitych wydatków na zdrowie, choć dynamicznie rosną [7].

Na przykład w Niemczech, gdzie ma miejsce najwyższa skala importu usług medycznych, wydatki na turystykę medyczną stanowią zaledwie 0,5% ogólnych wydatków na zdrowie. W krajach mniejszych, takich jak Portugalia i Islandia, gdzie ruch pacjentów przez granice jest większy, wydatki na turystykę medyczną nie przekraczają 1% wydatków na zdrowie. Państwem, w którym duża część ubezpieczonych obywateli korzysta z usług medycznych oferowanych w krajach sąsiadujących, jest Luksemburg. Nawet Stany Zjednoczone, największy światowy eksporter (pacjentów) w zakresie turystyki medycznej z wydatkami rzędu 2,3 bln USD w 2009 roku, w porównaniu z całkowitymi wydatkami na zdrowie nie daje turystyce medycznej istotnego miejsca w systemie ochrony zdrowia. Z kolei niektóre kraje Europy Środkowej i Wschodniej stały się popularnymi kierunkami podróży po zdrowie lub urodę dla obywateli

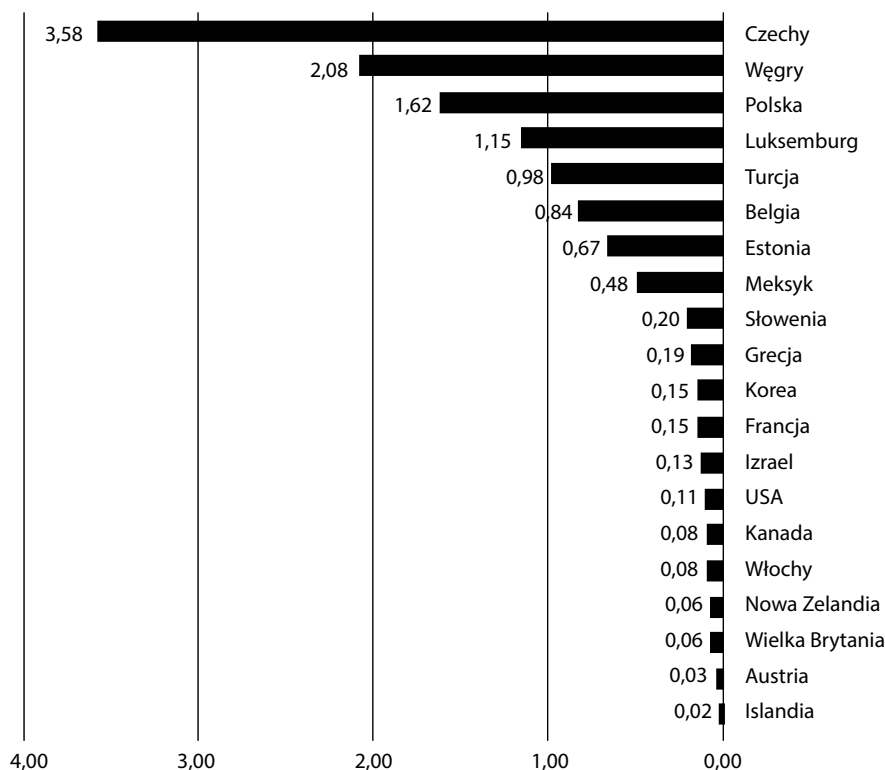
państw starej Unii. W Czechach i na Węgrzech eksport usług zdrowotnych stanowi odpowiednio 3,6 i 2,1% całkowitych wydatków na zdrowie tych krajów. W Polsce z obrotami branży szacowanymi na 860 mln PLN przy budżecie całkowitych wydatków na zdrowie rządu około 100 mld turystyka medyczna stanowi mniej niż 1% ogólnych wydatków na zdrowie. Według danych OECD turystyka medyczna stanowi 1,65% lokalnego rynku ochrony zdrowia w Polsce [7]. Wzrost wydatków na turystykę medyczną jest w okresie ostatnich pięciu lat bardzo dynamiczny i wynosi dla Czech około 28% rocznie, a dla Polski nawet 42% rocznie! Mobilność pacjentów zostanie w 2014 roku istotnie zwiększona dzięki inicjatywie Komisji Europejskiej, która uporządkowała prawa pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej na obszarze UE. Ta dyrektywa europejska poprawi równowagę między prawem pacjenta do poszukiwania opieki medycznej za granicą a zobowiązaniami państw członkowskich do zorganizowania dostępności usług medycznych. Dyrektywa o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej weszła w życie 25 października 2013 roku i może stać się ważnym kołem zamachowym rozwoju turystyki medycznej jako dziedziny gospodarki w Europie [10] (**Wykresy 5 i 6**).

Również według raportu globalnej firmy badawczej TechSciResearch 2013 [19] turystykę medyczną w Polsce czeka w najbliższej przyszłości duży wzrost. Co najmniej 15-procentowy przyrost liczby zagranicznych

pacjentów będzie rezultatem krótkiego czasu oczekiwania na zabiegi, zdecydowanie niższych niż w większości państw zachodnich cen, a także wysokiego poziomu usług. Według analiz TechSci Research koszty zabiegów typu spa są w Polsce o 30–40% niższe niż w Niemczech. Natomiast według Grail Research 2009 [2] Polska ma być w Europie jednym z trzech najbardziej perspektywicznych kierunków dla zagranicznych pacjentów. Jednocześnie w raporcie podkreśla się, że Polska powinna się skoncentrować na działaniach promocyjnych i marketingowych. Bez nich nasze znaczenie na globalnej mapie usług medycznych szybko zmaleje, zwłaszcza że w branży konkurują z nami sąsiedzi – Czesi i Węgrzy. Na Węgrzech turystyka medyczna staje się już ważną gałęzią lokalnego przemysłu.

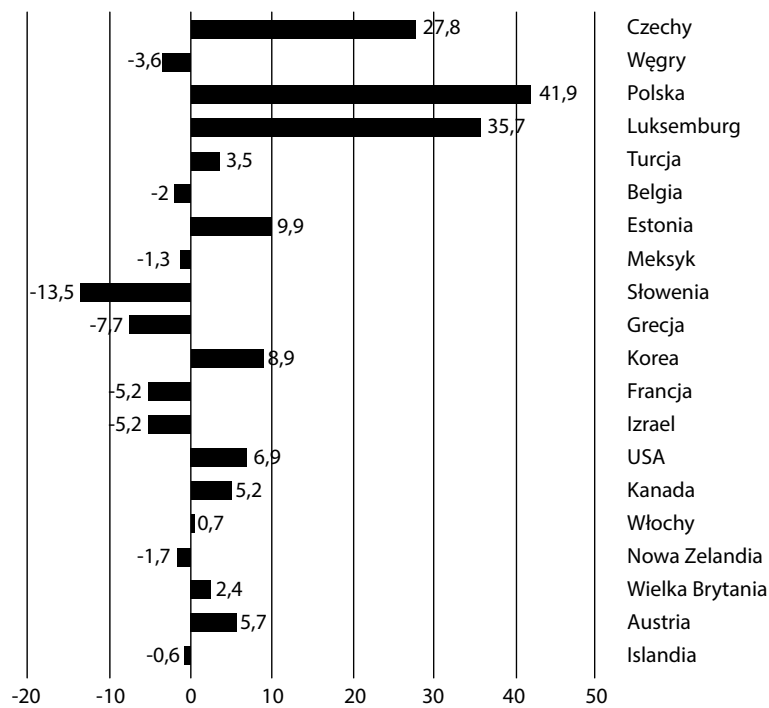
Perspektywy rozwoju turystyki medycznej jako branży eksportowej polskiej gospodarki są zatem korzystne, ale zależą w znacznym stopniu od podjęcia działań koordynujących i porządkujących otoczenie prawne i biznesowe, w którym rozwija się turystyka medyczna w Polsce. **Wsparciem naturalnego trendu rozwoju tej branży będzie podjęcie działań zmierzających do:**

- zgromadzenia i ujednoczenia informacji na temat usług medycznych dostępnych dla zagranicznych pacjentów, ich jakości, rankingu, certyfikacji i dostępności pod postacią dobrej jakości platformy internetowej na temat krajowych zasobów turystyki medycznej;



**Wykres 5.** Turystyka medyczna jako procent ogólnych wydatków na zdrowie w wybranych krajach OECD w 2009 roku.

Źródło: OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing [9].



Wykres 6. Dynamika wzrostu w latach 2004–2009 przychodów z tytułu turystyki medycznej w wybranych krajach OECD.  
Źródło: OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing [9].

- aktywnego propagowania tej platformy jako najbardziej wiarygodnego źródła danych dla zagranicznych pacjentów;
- zapewniania ochrony prawnej i ubezpieczania pacjentów przyjeżdżających do Polski w celach leczenia i uregulowania zasad naprawiania szkód zdrowotnych czy przyznawania odszkodowań lub rekompensat z tytułu błędów medycznych w sposób przyjazny dla zagranicznych pacjentów;
- przede wszystkim wspierania pozyskiwania przez polskich świadczeniodawców akredytacji i certyfikacji w międzynarodowych systemach akredytacyjnych.

### **Direct to consumer advertising – promocja bezpośrednio do pacjenta/klienta. Rola jakości informacji w internecie**

Turystyka medyczna jest przykładem branży, w której dominuje zakupowy efekt ROBO (*research on-line, buy off-line*). Istnieją badania wskazujące na to, jak pacjentki planujące operacje powiększenia piersi używają Internetu. Jedno z badań z 2005 roku wskazuje, że 68% pacjentek wykorzystuje w celu podjęcia decyzji informacje znalezione przez Internet. Z tej grupy 53% dokonuje, opierając się na tym źródle, wyboru metody leczenia, 36% pacjentek dokonuje wyboru lekarza i 25% pacjentek wybiera w ten sposób szpital. Z kolei przeprowadzone badanie dotyczące jakości informacji dostępnej w Internecie na temat terminu „powiększenie piersi” wykazało, że spośród 130 stron internetowych zidentyfikowanych

w wyszukiwarce aż 34% zawierało informacje, które były nieprawdziwe lub wprowadzające w błąd [20]. Strony internetowe turystyki medycznej z reguły nadmiernie promują korzyści i bagatelizują ryzyko [7].

Najważniejsze dla rozwoju turystyki medycznej jest powstanie i rozwój platformy wymiany informacji i baza danych, jaką zapewnia Internet. Dzięki niej pacjenci/konsumenci ze wszystkich krajów mogą dotrzeć do informacji i ofert świadczeń medycznych na całym świecie. Strony internetowe łatwo jest stworzyć, jest to tani nośnik informacji, nie istnieje jednak system kontroli jakości informacji zamieszczanej w Internecie czy określone standardy jakości w tej dziedzinie. Internet jako źródło informacji może selektywnie pomijać lub celowo ignorować informacje dotyczące opieki pooperacyjnej. Prawdopodobieństwo promowania nieistniejących produktów bądź ryzyko nieetycznej promocji (niskiej jakości zabiegów, niepotrzebne lub niebezpieczne zabiegi) jest większe w przypadku Internetu niż poprzez tradycyjne kanały informacji lub promocji. **W przypadku krajów dążących do stworzenia z turystyki medycznej gałęzi eksportowej gospodarki ważne jest podjęcie działań zmierzających do zgromadzenia i ujednoczenia informacji na temat usług medycznych, ich jakości, skuteczności, rankingu, certyfikacji, dostępności pod postacią dobrej jakości platformy internetowej na temat krajowych zasobów turystyki medycznej oraz propagowanie tej platformy jako najbardziej wiarygodnego źródła danych.**



## Kwestie prawne, ubezpieczenie, rekompensata, odszkodowanie z tytułu błędów medycznych

Istnieją produkty ubezpieczeniowe oferujące pacjentom podróżującym za granicę na zabiegi chirurgiczne ubezpieczenie na wypadek nieprzewidzianych okoliczności, stanowiące typową polisę na czas podróży. Istnieją również specjalistyczne produkty ubezpieczeniowe, które idą dalej i oferują pokrycie kosztów leczenia następstw błędów medycznych, powikłań czy nawet niezadowolenia z wyników zabiegu przeprowadzonego za granicą. Zwykle wtedy pojawiają się wątpliwości, kogo pozwać do sądu, czy ma to być lekarz, zespół, szpital, czy broker, który organizował wyjazd lub terapię. Pojawiają się nowe produkty ubezpieczeniowe zapewniające pacjentowi prawną i finansową ochronę w przypadkach błędów medycznych popełnionych za granicą.

Z perspektywy świadczeniodawcy należy zwrócić szczególną uwagę na następujące aspekty prawne pobytu zagranicznych pacjentów:

- zebranie wywiadu od pacjenta, informacji o chorobach współistniejących i właściwe porozumienie z pacjentem;
- prowadzenie szczegółowej dokumentacji dotyczącej leczenia i decyzji terapeutycznych;
- podpisanie przez pacjenta dokumentu świadomej zgody na leczenie, zawierającej listę potencjalnych ryzyk, zwłaszcza w przypadku pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, ciężko chorych i dzieci;
- udokumentowane doświadczenie i kwalifikacje chirurga;
- zapewnienie odpowiedniej polisy ubezpieczeniowej;
- planowanie rekonwalescencji;
- dążenie do naprawienia szkód zdrowotnych, jeśli takie nastąpią.

**Działania koordynujące turystykę medyczną na poziomie krajowym powinny uwzględniać nadzór organów administracji publicznej nad zasadami zapewniania ochrony prawnej i ubezpieczania pacjentów przyjeżdżających w celach leczenia i powinny regulować zasady naprawiania szkód zdrowotnych czy przyznawania odszkodowań lub rekompensat z tytułu błędów medycznych w sposób przyjazny dla zagranicznych pacjentów.**

### *Follow up*, czyli opieka po leczeniu za granicą i obieg dokumentacji

W przypadkach leczenia za granicą dochodzi do przerwania ciągłości opieki nad pacjentem. Opieka przed zabiegiem i po zabiegu ma miejsce poza ośrodkiem wykonującym zabieg. Z tego względu podstawowe znaczenie ma dobry obieg i wymiana dokumentacji na temat pacjenta między z reguły niewspółpracującymi z sobą ośrodkami. Różnorodne prawo w krajach członkowskich ogranicza możliwości swobodnej wymiany informacji medycznej traktowanej jako dane poufne. Zagadnienie to ma uregulować Dyrektywa o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, która ma stworzyć spój-

ne warunki tworzenia i wymiany danych medycznych w najlepiej pojętym interesie pacjenta.

### Zgoda na leczenie

W Wielkiej Brytanii i w Polsce istnieje dobra praktyka podpisywania przez pacjentów dokumentu świadomej zgody na zabieg. Jest to standardowe postępowanie gwarantujące, że pacjent został w pełni poinformowany zarówno w sprawach korzyści, jak i ryzyk, które niesie z sobą zabieg, i że uzyskał odpowiedzi na wszystkie swoje wątpliwości [7]. Należy promować i rozwijać to rozwiązanie jako służące rozwojowi turystyki medycznej w Polsce.

### Współpraca publiczno-prywatna, bazy danych o lekarzach i ośrodkach, akredytacja i reputacja międzynarodowa

Kraje, które chcą rozwijać turystykę medyczną jako dziedzinę gospodarki narodowej, mają możliwość rozwijania własnej sieci usług albo nawiązania współpracy z płatnikami lub ubezpieczycielami z wielu krajów. Indywidualne szpitale mogą szukać partnerstwa z agencjami turystyki medycznej albo firmami brokerskimi. Każdy rodzaj budowania relacji i współpracy z akademickimi ośrodkami zagranicznymi jest elementem długotrwałego planu budowania reputacji i zdobywania rekomendacji. Istniejące formalne powiązania z powszechnie znanymi i cenionymi ośrodkami leczniczymi i edukacyjnymi, jak np. Harvard Medical International, Mayo Clinic, Cleveland Clinic, John Hopkins Hospital, stają się coraz ważniejszym argumentem dla potencjalnych klientów [11]. Należy także promować istniejącą bazę danych na temat lekarzy i ich kwalifikacji prowadzoną przez Naczelną Izbę Lekarską (<http://rejestr.nil.org.pl/xml/nil/rejlek/hurtd>). W bazie tej pacjent, znając imię i nazwisko lekarza, może sprawdzić jego posiadane i zarejestrowane kwalifikacje.

**Częścią strategii narodowej powinno być przede wszystkim wspieranie pozyskania akredytacji międzynarodowej przez świadczeniodawców.** Należy propagować korzystanie z lokalnych baz danych dotyczących posiadanych przez świadczeniodawców akredytacji. W Polsce akredytację lokalną Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia posiada 111 szpitali oraz 15 placówek POZ. Akredytacja ta polega na ocenie procesów w szpitalu, które decydują o poziomie świadczeń i bezpieczeństwie pacjentów. Baza ośrodków posiadających akredytacje CMJ dostępna jest na stronie CMJ <https://www.cmj.org.pl/akredytacja/cotojest.php>, jak również jest tam zamieszczony prowadzony przez CMJ Ogólnopolski Ranking Szpitali. Istnieją opinie, w których świetle popularna w Polsce certyfikacja w systemie jakości ISO nie jest miarodajna dla oceny jakości i skuteczności leczenia i służy raczej ocenie jakości zarządzania placówką ochrony zdrowia.

**Promowanie i rozwój międzynarodowej sieci akredytacji leży w żywotnym interesie polskiej turystyki medycznej z trzech powodów:**

- stanowi to gwarancję interesów biznesowych szpitala na lokalnym rynku i buduje jego reputację co do

jakości i bezpieczeństwa oferowanych w nim usług, a także zmniejsza koszty potencjalnej odpowiedzialności za błędy medyczne;

- zwiększa potencjalny dostęp do finansowania przez zagranicznych ubezpieczycieli. (W Stanach Zjednoczonych uzyskanie akredytacji JCAHO, American Osteopathic Association and DNV's National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations są warunkiem przystąpienia do systemu ubezpieczenia przez Medicare);
- przyciąga potencjalnych pacjentów – turystów medycznych, którzy podejmując decyzje, sprawdzają, czy ośrodek, w którym planują się leczyć, posiada międzynarodową akredytację (szpital może w swojej ofercie zamieścić informacje o posiadanej akredytacji).

Dążenie do poprawy jakości i minimalizacja ryzyk to podstawy tworzenia lepszej i bezpieczniejszej ochrony zdrowia dla pacjentów krajowych i zagranicznych. Można to osiągnąć przez tworzenie struktur organizacyjnych w klinikach czy szpitalach, które oceniają skuteczność, jakość, stale identyfikują ryzyka i podejmują bieżące działania naprawcze. Obecnie turystyka medyczna jest poza zakresem regulacji kontrolujących standardy usług medycznych, ale jeśli ma pozostać dla pacjentów wiarygodna, musi przyłączyć się do tego nurtu nadzoru, który działa w przypadku świadczeń medycznych udzielanych obywatelom państw. Na przykład Quality Healthcare Advice Trent Accreditation in the UK przyznał akredytację liczным świadczeniodawcom na całym świecie. 20% węgierskich świadczeniodawców posiada akredytację w systemie EFQM.

## Rekomendacje – podsumowanie

Kraje chcące rozwinąć sektor turystyki medycznej powinny wspierać swoich świadczeniodawców – prywatnych czy publicznych – w nawiązaniu kontaktów z płatnikami albo ubezpieczycielami lub pośrednikami z innych krajów, żeby wspierać rozwój turystyki medycznej grupowej i grupowe wyjazdy refundowane przez płatników z innych krajów, a także budować system informacji o bezpieczeństwie, jakości i skuteczności procedur medycznych oraz otoczenie prawne sprzyjające rozwojowi turystyki medycznej.

- Należy przeprowadzić badania rynku, kompleksowe, jakościowe oraz ilościowe, które będą stanowiły podstawę do planowania strategicznego budowania planu rozwoju turystyki medycznej jako gałęzi eksportowej polskiej gospodarki.
- Należy też budować kontakty i sieci partnerskie z innymi podmiotami – interesariuszami rynku usług turystyki medycznej, takimi jak agencje podróży, brokerzy ubezpieczeniowi, świadczeniodawcy z innych krajów, media, a zwłaszcza międzynarodowe portale internetowe na temat turystyki medycznej, takie jak [www.treatmentabroad.com](http://www.treatmentabroad.com).
- Należy prowadzić odrębną promocję opartą na analizach i faktach skierowaną do dwóch różnych grup klientów: do klientów indywidualnych i do płatników decydujących o wyjazdach grupowych.

- Należy przygotować poradnik dla pacjentów przyjeżdżających w celach medycznych do Polski.
- Należy rozwijać skoordynowany system informacji pod postacią platformy internetowej o dostępnych usługach zdrowotnych, świadczeniodawcach, lekarzach zawierający rankingi ośrodków, bazy ośrodków posiadających certyfikaty, informacje o krajowym nadzorze nad jakością, skutecznością i zakażeniami itd.
- Należy tworzyć środowisko prawne sprzyjające rozwojowi ubezpieczeń zdrowotnych na potrzeby turystyki medycznej, przyjaznych dla pacjenta warunków naprawy szkód i wypłaty rekompensat/odszkodowań.
- Należy tworzyć warunki sprzyjające akredytacji i certyfikacji spójnej z systemem międzynarodowym świadczeniodawców biorących udział w turystyce medycznej.
- Należy promować bezpieczeństwo i jakość usług zdrowotnych zarówno na rynku usług wewnętrznych, jak i zewnętrznych po to, żeby budować wiarygodność i reputację kraju jako dostawcy usług zdrowotnych.

**Tak prowadzona, zaplanowana i konsekwentnie wdrażana polityka koordynacji i promocji turystyki na szczeblu krajowym jest w stanie wesprzeć proces naturalnego, dynamicznego rozwoju turystyki medycznej i stworzyć z niej odrębną silną gałąź polskiej gospodarki.**

## Przypisy

<sup>1</sup> CAGR – skumulowany roczny wskaźnik wzrostu (ang. *Compound Annual Growth Rate*).

<sup>2</sup> 1% pacjentów, którzy nie zgłosili się do lekarza w przypadku wystąpienia problemu zdrowotnego, nie dostali zalecanej opieki lub nie dostali lub nie wykupili recepty.

<sup>3</sup> Porównanie cen obejmuje koszty opieki szpitalnej i lekarskiej, nie obejmuje natomiast kosztów przelotów, pobytu w hotelu w związku z leczeniem.

## Piśmiennictwo

1. Polish Association of Medical Tourism <http://pamt.org/index.php?l=12>, dostęp: 9.09.2012.
2. Rise of medical tourism, Grail Research, 2009 [http://grail-research.com/pdf/ContentPodsPdf/Rise\\_of\\_Medical\\_Tourism\\_Summary.pdf](http://grail-research.com/pdf/ContentPodsPdf/Rise_of_Medical_Tourism_Summary.pdf); dostęp: 9.09.2012.
3. World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, *Cross-border health care in the European Union, Mapping and analyzing practices and Policies*, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/cross-border-health-care-in-the-european-union.-mapping-and-analysing-practices-and-policies>; dostęp: 9.09.2012.
4. Beecham L., *British patients willing to travel abroad for treatment*. „BMJ” 2002; 325: 10.
5. *Mapping the market for medical travel*, McKinsey Quarterly, May 2008.
6. Euro Health Consumer Index 2013, Health Consumer Powerhouse [http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=55](http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=55); dostęp: 9.09.2012.

7. OECD 2011, *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/48723982.pdf>; dostęp: 5.08.2012.
8. Glinos, I.A., Baeten R., Boffin N., *Cross-border contracted care in Belgian hospitals*, w: Rosenmöller M., Baeten R., McKee M. (red.), *Patient mobility in the European Union: learning from experience*, European Observatory on Health Systems and Policies, Denmark 2006.
9. OECD 2011, *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en); dostęp: 15.10.2012.
10. Dyrektywa o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0007+0+DOC+XML+V0//PL>; dostęp: 15.08.2012.
11. Exworthy M., Peckham S., *Access, Choice and Travel: Implications for Health Policy*. „Soc. Policy Adm.” 2006; 40: 267–287.
12. The Treatment Abroad Medical Tourism Survey 2012, <http://www.treatmentabroad.com/medical-tourism/medical-tourist-research-2012/>; dostęp: 15.10.2012.
13. Boulhol H. et al., *Improving the Health-Care System in Poland*, OECD Economics Department Working Papers, No. 957, OECD Publishing 2012, <http://dx.doi.org/10.1787/5k9b7bn5qzvd-en>; dostęp: 15.10.2012.
14. *European health for all database (HFA-DB)*, World Health Organization Regional Office for Europe Updated: July 2012, <http://data.euro.who.int/hfad/>; dostęp: 9.09.2012.
15. Euro Heart Consumer Index 2008, Health Consumer Powerhouse, <http://www.healthpowerhouse.com/files/euro-heart-index-2008.pdf>; dostęp: 3.10.2012.
16. <http://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/2011-rok-najwazniejsze-osiagniecia-w-polskiej-medycynie,115423,9.html>; dostęp: 15.10.2012.
17. <http://zdrowie.dziennik.pl/aktualnosci/galeria/414470,1,najwieksze-osiagniecia-w-medycynie-w-2012-roku-galeria-zdjec-galeria-zdjec.html>; dostęp: 3.01.2013.
18. OECD Health Data 2012, [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT); dostęp: 3.01.2013.
19. Poland Medical Tourism Market 2013, TechSci Research <http://www.techsciresearch.com/779>; dostęp: 10.02.2014.
20. Losken A. et al., *Infonomics and breast reconstruction: are patients using the internet?* „Ann. Plast. Surg.” 2005; 54(3): 247–250.